

	<p align="center">ISTITUTO COMPRESIVO "M. TABARRINI" SCUOLA DELL' INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO Via Cercignani, 38, 56045 POMARANCE (PISA) Tel. 0588 65034 C.M.PIIC824004 – C.F. 83002790505 – COD. UNIVOCO FATTURAZIONE : UFJMFD e-mail :piic824004@pec.istruzione.it – piic824004@istruzione.it</p>	
---	---	---

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nome

genitore dell'alunno/a _____
cognome e nome

della classe _____ sezione _____ della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di I Grado

DICHIARA

- di prelevare l'alunno/a da scuola il giorno _____ alle ore _____
- di aver ricevuto in data odierna dall'insegnante _____
il modello I/1 di pro-memoria per la certificazione medica da allegare alla pratica I.N.A.I.L.
- che consegnerà tempestivamente la documentazione sanitaria (entro le 24 ore successive all'emissione del certificato) in cartaceo presso la segreteria dell'Istituto (Piazza Bardini n. 36 Pomarance) oppure per email all'indirizzo piic824004@istruzione.it oppure piic82404@pec.istruzione.it.

Luogo e data _____

In fede
